

## AUTORIZACIÓN USO DE MEDICAMENTOS

Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

padre/madre/tutor legal de \_\_\_\_\_

en caso de que éste/a solicitara medicación **sin prescripción médica** (paracetamol o ibuprofeno) o en caso de tener tratamiento bajo prescripción médica y, **previa entrega del informe médico correspondiente, autorizo** a que dicha medicación le sea administrada en el centro.

Marmolejo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_

Firmado: